

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

*Se tiver dúvidas ou desejar mais informações,
entre em contato com o funcionário.*

Nome do caso :
Número do caso :
Distrito :
Funcionário :
Telefone :
Data do aviso :

**PARA DETERMINAR A CONTINUIDADE DE SUA QUALIFICAÇÃO PARA OS BENEFÍCIOS DO FOOD STAMP,
PRECISAMOS DAS SEGUINTESS INFORMAÇÕES ATÉ _____:**

POR FAVOR:

- LIGUE PARA NÓS E NOS FORNEÇA ESSAS INFORMAÇÕES
- ENVIE-NOS ESSAS INFORMAÇÕES POR CORREIO

**SE VOCÊ NÃO NOS FORNECER ESSAS INFORMAÇÕES ATÉ A DATA CITADA ACIMA, RECEBERÁ UM AVISO DE
AÇÃO DE INTERRUÇÃO DE SEUS BENEFÍCIOS DO FOOD STAMP.**

REGRAS: Essas regras são aplicáveis: MPP 63-300,5
Analise-as no seu escritório de assistência social